

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

نموذج الطلب

صندوق قروض الأجهزة المخصصة لذوي الإعاقة
(يرجى كتابة البيانات بخط واضح أو طباعتها)

يرجى قراءة التعليمات المذكورة على الوجه الخلفي من هذا النموذج بعناية. قد يتسبب عدم إكمال الأقسام المعنية في رفض الطلب.

القسم الأول-أ

1. يجب أن يكمل القسم الأول-أ الشخص الذي سيصبح مسؤولاً مالياً عن القرض وبالتالي سيكون طالب القرض. يُرجى وضع علامة على المربع المناسب أدناه الذي يدل على أن طالب القرض هو:		أ الشخص ذو الإعاقة <input type="checkbox"/>		ب ولي الأمر <input type="checkbox"/>		ج الزوج <input type="checkbox"/>		د الوصي القانوني <input type="checkbox"/>		هـ فرد يقيم مع الشخص ذي الإعاقة <input type="checkbox"/>					
غير ذلك <input type="checkbox"/>															
(حدد صلته بذوي الإعاقة: أي ابنه أو ابنته أو أخوه، وما إلى ذلك)															
2. اسم العائلة			3. الاسم الأول			4. الحرف الأول من الاسم الأوسط			5. تاريخ الميلاد			6. رقم الضمان الاجتماعي			
7. عنوان الشارع				8. رقم هاتف المنزل ()				9. النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				10. إجمالي الدخل السنوي للأسرة (إجمالي الدخل) دولار			
11. المدينة				12. المقاطعة				13. الولاية				14. الرمز البريدي			
15. اسم أقرب فرد من العائلة لا يسكن معك وعنوانه ورقم هاتفه															
16. صلة القرابة															

القسم الأول-ب

يجب إكمال القسم الأول-ب إذا وضعت علامة على المربع "ب" أو "ج" أو "د" أو "هـ" أو "و" في القسم الأول-أ أعلاه. فإذا كان الأمر كذلك، يُرجى إدخال معلومات وصفية حول الشخص ذي الإعاقة أدناه. أما إذا وضعت علامة على المربع أ في القسم الأول-أ أعلاه، فترك هذا القسم فارغاً.															
17. اسم العائلة			18. الاسم الأول			19. الحرف الأول من الاسم الأوسط			20. تاريخ الميلاد			21. رقم الضمان الاجتماعي			
22. عنوان الشارع				23. النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				24. الدخل السنوي للشخص ذي الإعاقة: (إجمالي الدخل) دولار				25. المدينة			
26. المقاطعة				27. الولاية				28. الرمز البريدي							

القسم الثاني

29. نوع الإعاقة ووصفها:											
30. وصف العقبات المراد التغلب عليها:											
31. كيف ستساعد عملية الشراء المقترحة في التغلب على هذه العقبات؟											

القسم الثالث

يكمل بائع الأجهزة هذا القسم

32. وصف البائع/عرض أسعاره (يرجى كتابة البيانات بخط واضح أو طباعتها)			رقم الموديل			التكلفة (شاملة الضرائب) دولار					
33. اسم البائع											
34. عنوان الشارع											
35. المدينة			36. الولاية			37. الرمز البريدي			38. رقم الهاتف ()		
39. توقيع البائع:											
40. التاريخ											

القسم الرابع

يكمله الطبيب

41. شهادة الطبيب (يرجى كتابة البيانات بخط واضح أو طباعتها)														
مصاب بإعاقة حسب تعريفها الوارد في القسم 292 من القانون التنفيذي لولاية نيويورك (New York State Executive Law). أشهد أن														
42. التشخيص ووصف الإعاقة وأوجه القصور الوظيفي:														
43. كيف ستساعد عملية الشراء المقترحة المريض:														
44. اسم الطبيب														
45. رقم رخصته														
46. عنوان الشارع			47. المدينة			48. الولاية			49. الرمز البريدي			50. رقم الهاتف ()		
51. توقيع الطبيب														
52. التاريخ														

القسم الخامس

53. مبلغ القرض: ملاحظة: يجب ألا يقل مبلغ القرض المطلوب عن 500 دولار وألا يزيد عن 4000 دولار. راجع القسم الخامس الموجود على الوجه الخلفي. مبلغ القرض المطلوب دولار											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

القسم السادس

54. شهادة طالب القرض: أشهد تحت عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية نيويورك أن المعلومات المذكورة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة إلى حد علمي، وأنني قد حاولت الحصول على الأجهزة الموصوفة من خلال مصادر أخرى للإعانات (راجع القسم السادس الموجود على الوجه الخلفي)، وأن الشخص ذا الإعاقة المذكور أعلاه غير مؤهل لهذه الإعانات ولا يستطيع الحصول عليها. وأفوضكم لمناقشة طلبي مع المصادر العلاجية ويأتي الأجهزة التي أطلبها إذا لزم الأمر، وكذلك لاستخدام المعلومات المذكورة في تسهيل أنشطة البحث والتدقيق الإحصائية اللازمة لضمان نزاهة البرنامج وتطويره. يحق لمكتب خدمات الأطفال والأسرة بولاية نيويورك طلب التحقق من عدم قدرة طالب القرض على الحصول على تمويل من أي مصدر آخر.											
55. توقيع طالب القرض											
56. التاريخ											

X

احتفظ بصورة من الطلب في سجلاتك. وأرسل النسخة الأصلية عبر البريد إلى العنوان التالي:

Equipment Loan Fund for the Disabled
NYS Office of Children and Family Services
Commission for the Blind
52 Washington Street, South Building, Room 201
Rensselaer, N.Y. 12144

التعليمات

مقدمة

إن صندوق قروض الأجهزة المخصصة لذوي الإعاقة هو برنامج يوفر قروضًا منخفضة الفائدة لشراء الأجهزة الأساسية اللازمة لذوي الإعاقة من أجل التغلب على العقبات التي تحول دون أداء المهام اليومية المعيشية أو المهنية بعد إعادة التأهيل. وقد تتراوح مبالغ طلبات القروض بين 500 دولار و4000 دولار. أنشئ الصندوق لمساعدة سكان ولاية نيويورك من ذوي الإعاقة المؤهلين على اقتناء الأجهزة الأساسية التي ما كانوا ليتحملوا تكلفتها بأي طريقة أخرى. والقروض متاحة إما مباشرة للشخص المعاق أو لولي أمره أو زوجه أو الوصي القانوني عليه أو الفرد الذي يقيم معه أو شريك حياته.

تعني الأجهزة الأساسية الأجهزة التي تساعد ذوي الإعاقة على تخطي العقبات المرتبطة بإعاقتهم في أداء المهام اليومية المعيشية أو المهنية بعد إعادة التأهيل. وفيما يلي بعض الأمثلة على الأجهزة التي تندرج تحت هذه الفئة: الأطراف الاصطناعية والمنحدرات والكراسي المتحركة ورافعات الكراسي المتحركة للشاحنات وأجهزة التواصل للصم وضعاف السمع والأجهزة التي تتيح للمكفوفين أو المعاقين بصريًا تمييز المواد المطبوعة. (لا تمثل هذه الأمثلة قائمة شاملة، وقد تندرج أنواع أخرى من الأجهزة بموجب هذا البرنامج).

الشخص ذو الإعاقة هو الشخص الذي شُخصت واعتمدت إصابته بإعاقة على يد طبيب أو اختصاصي نفسي مرخص له من ولاية نيويورك.

نظرة عامة على التعليمات

يكمل طالب القرض الأقسام الأول-أ والثاني والخامس والسادس. ويجب أيضًا إكمال القسم الأول-ب بمعلومات حول الشخص ذي الإعاقة إذا لم يكن هو نفسه طالب القرض المذكور في القسم الأول-أ.

يكمل بائع الأجهزة القسم الثالث.

يكمل طبيب أو اختصاصي نفسي مرخص له من ولاية نيويورك القسم الرابع.

ملاحظة: إن الطلبات التي لم تقدم معلومات كافية لتحديد أهلية طالب القرض أو التي تُظهر أن طالب القرض غير مؤهل سَتُعاد إلى طالب القرض مع توضيح سبب عدم قبولها.

التعليمات المحددة حسب القسم

الأول-أ يجب أن يكمل القسم الأول-أ الشخص الذي سيصبح مسؤولًا ماليًا عن التحويل الشهري للقرض. وقد يكون هذا الشخص هو الشخص ذو الإعاقة أو ولي أمره أو زوجه أو الوصي القانوني عليه أو الفرد الذي يقيم معه أو شريك حياته. وإذا لم تتضح صلة طالب القرض بذوي الإعاقة عن طريق أي من الفئات الموجودة في المربعات "ب" حتى "هـ"، فضع علامة على المربع "و" واذكر الصلة. (إذا كان عمر ذي الإعاقة أقل من ثمانية عشر عامًا، يجب على ولي الأمر أو الوصي القانوني إكمال طلب القرض هذا والتوقيع عليه، وبالتالي يكون هو طالب القرض).

في المربع رقم (6)، يُكتب رقم الضمان الاجتماعي لطالب القرض. فسيُساعد ذلك المكتب في إجراءات الطلب. ويُستخدم هذا الرقم أيضًا في حالة وجود حاجة إلى تحصيل أموال مستحقة. ومع ذلك، لا يلزم كتابة أرقام الضمان الاجتماعي حتى يُقبل الطلب.

في المربع رقم (8)، أدخل رقم هاتف منزل طالب القرض أو رقم هاتف يمكن من خلاله التواصل مع طالب القرض. إذا لم يتوفر رقم هاتف يمكن التواصل مع طالب القرض من خلاله، فاكتب "none" (لا يوجد).

الأول-ب يجب إكمال القسم الأول-ب بمعلومات عن الشخص ذي الإعاقة إذا لم يكن هو طالب القرض المعرف في القسم الأول-أ. واترك ذلك القسم فارغًا إذا كان الشخص ذو الإعاقة هو نفسه طالب القرض.

في المربع رقم (21)، يُكتب رقم الضمان الاجتماعي للشخص ذي الإعاقة. إذا لم يكن للشخص ذي الإعاقة رقم ضمان اجتماعي، فاكتب "none" (لا يوجد).

في المربعات (23 إلى 28) إذا كان عنوان الشخص ذي الإعاقة نفس عنوان طالب القرض في القسم الأول-أ، فاكتب "same" (نفس العنوان) في المربع رقم (23)

الثاني يجب أن يكمل طالب القرض القسم الثاني بإعطاء إجابات محددة عن كل من الأسئلة الثلاثة المطروحة حول الإعاقة. وإذا لم تكف المساحة، فأرفق ورقة إضافية.

الثالث يجب أن يكمل القسم الثالث ويوقعه بائع الأجهزة الذي سيبيع الأجهزة لطالب القرض. يجب أن يكون البائع شركة أو مؤسسة تمارس نشاطًا تجاريًا في ولاية نيويورك. ويجب ذكر المعلومات التالية:

- الاسم العام و/أو اسم العلامة التجارية
- الوصف، إذا لم يتحدد بوضوح من الاسم العام أو اسم العلامة التجارية
- رقم الموديل، إن وُجد
- التكلفة (شاملة ضريبة المبيعات)

يجوز أيضًا إرفاق كتيبات المنتج، إن وُجدت.

الرابع يجب أن يكمل القسم الرابع ويوقعه طبيب أو اختصاصي نفسي مرخص له بمزاولة المهنة في ولاية نيويورك مع شهادته على إعاقة الفرد. استنادًا إلى البند 292 من القانون التنفيذي لولاية نيويورك (New York State Executive Law)، يُقصد بالمصطلح "إعاقة" القصور الجسدي أو العقلي أو الطبي الناتج عن حالات تشريحية أو فسيولوجية أو عصبية تمنع ممارسة وظيفة جسدية طبيعية، مع إمكانية إثبات هذه الإعاقة من خلال تقنيات التشخيص السريرية أو العملية المقبولة طبيًا.

الخامس يجب أن يكمل طالب القرض القسم الخامس. يجوز أن تتراوح مبالغ مدفوعات القروض بالدولار بين 500 دولار بحد أدنى و4000 دولار بحد أقصى. على سبيل المثال، إذا بلغت تكلفة الجهاز 4600 دولار، فإن مبلغ القرض المطلوب سيكون 4000 دولار، وسيوفر الفرد المبلغ المتبقي البالغ 600 دولار من موارده المالية الشخصية.

السادس يجب أن يوقع القسم السادس ويؤرخه طالب القرض. تشمل شهادة طالب القرض تأكيدًا على أنه حاول الحصول على الأجهزة الموصوفة من خلال مصادر أخرى للإعانات. وتشمل هذه المصادر على سبيل المثال لا الحصر: المصادر الائتمانية الأخرى، والبرامج الفيدرالية والتابعة للولاية المخصصة للإعانات العامة وإعادة التأهيل المهني، وبرامج الإعانات الخاصة.